



## **WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE - 14 YEARS (Meets EPSDT Guidelines)**

DATE

## **TUỔI NIÊN THIẾU: 14 TUỔI**

TÊN ĐỨA TRẺ		NGÀY SANH
CÁC DỊ ỨNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI
CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỞ NGẠI/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI		
<p><b>CÓ KHÔNG</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi ăn sáng hằng ngày.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi có người để nói chuyện.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi có thắc mắc về vấn đề tình dục.</p> <p><b>CÓ KHÔNG</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi hào lòng với sự học và/hoặc việc làm của tôi.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mỗi ngày tôi có hoạt động thể dục.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi ngủ đủ; _____ giờ mỗi đêm.</p>		
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____ Sleep _____ <input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Tb <input type="checkbox"/> Cholesterol <input type="checkbox"/> Hgb/Hct <input type="checkbox"/> Review Immunization Record Health Education: (Check all completed) <input type="checkbox"/> Nutrition/Weight Control <input type="checkbox"/> Dental Care <input type="checkbox"/> Adequate Sleep <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Seat Belt <input type="checkbox"/> Helmets <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Regular Physical Activity <input type="checkbox"/> Abstinence/sex education <input type="checkbox"/> Suicide/Depression <input type="checkbox"/> Drugs/Alcohol <input type="checkbox"/> Self Exam <input type="checkbox"/> Injury Prevention/Safety <input type="checkbox"/> STD/HIV/AIDS <input type="checkbox"/> After school supervision
Screening: Hearing Screen      MHZ      R      L 4000      _____ 2000      _____ 1000      _____ 500      _____  Vision Screen      R 20/_____      L 20/_____  Development      N      A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Behavior      N      A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Social Emotional      N      A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Physical: General appearance      N      A      N      A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skin      N      A      N      A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Head      N      A      N      A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eyes      N      A      N      A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ears      N      A      N      A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitalia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nose      N      A      N      A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oropharynx/Teeth      N      A      N      A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neck      N      A      N      A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurological <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nodes      N      A      N      A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gait <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Describe abnormal findings:  <hr/> <hr/> <hr/>		
IMMUNIZATIONS GIVEN  REFERRALS		
<b>NEXT VISIT: 16 YEARS OF AGE</b>		HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS

DSHS 13-686 VI (REV. 08/2001)

SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician      Yellow - Parent/Guardian

## **ADOLESCENCE: 14 YEARS**

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (14 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Tuberculosis Screen**

Screen for these risk factors:

- Adolescent is in a household with people with tuberculosis or is in close contact with someone with the disease.
- Adolescent is in close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

### **Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen**

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests, especially in menstruating teens.

### **Urinalysis Screen**

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of urinalysis. Use dipsticks combining the leukocyte esterase and nitrite tests to detect asymptomatic bacteria.

### **Screens for Sexually Active Teens**

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

### **High Risk Behavior**

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



## **KHÁM TRẺ KHỎE MẠNH - TUỔI NIÊN THIẾU: 14 TUỔI**

## WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE - 14 YEARS

## (Đáp Ứng Chỉ Tiêu EPSDT)

NGÀY

## **TUỔI NIÊN THIẾU: 14 TUỔI**

THÀNH NIÊN ĐIỀN VỀ CHÍNH MÌNH		TEN ĐUA TRE		NGAY SANH	
CÁC DỊ ỨNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI			
CÁC BỆNH TẬT/TAI NAN/TRỎ NGẠI/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI					
<p><b>CÓ KHÔNG</b></p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi ăn sáng hằng ngày. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi có người để nói chuyện. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi có thắc mắc về vấn đề tình dục.			<p><b>CÓ KHÔNG</b></p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi hài lòng với sự học và/hoặc việc làm của tôi. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mỗi ngày tôi có hoạt động thể dục. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi ngủ đủ; _____ giờ mỗi đêm.		
CÂN NẶNG KG/OZ. TỶ LỆ BÁCH PHÂN		CHIỀU CAO CM/IN TỶ LỆ BÁCH PHÂN	ÁP HUYẾT	Chế độ ăn uống _____	
<input type="checkbox"/> Xét lại các hệ thống <input type="checkbox"/> Xét lại quá trình gia đình					
Khám Truy Tâm: MHZ      P      T Thủ Nghiệm Nghe: 4000 _____ 2000 _____ 1000 _____ 500 _____  Thủ Nghiệm Nhìn: P 20/ N A _____      T 20/ _____  Phát triển: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tính hành: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Giao tế/Xúc cảm: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Giáo Dục về Y Tế: (Đánh dấu hết những gì đã hoàn tất) <input type="checkbox"/> Dinh dưỡng/giữ cân <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Răng <input type="checkbox"/> Ngủ Đủ <input type="checkbox"/> Phát Triển <input type="checkbox"/> Dây An Toàn <input type="checkbox"/> Mũ An Toàn <input type="checkbox"/> Hút Thuốc <input type="checkbox"/> Tập Thể Dục Đều Đặn <input type="checkbox"/> Giáo Dục về Sinh Lý/Giữ Trinh <input type="checkbox"/> Tụ Tú/Buồn Chán <input type="checkbox"/> Xi Ke/Rượu <input type="checkbox"/> Tự Khám <input type="checkbox"/> Đề Phòng Thương Tích/An Toàn <input type="checkbox"/> HOA LIỄU/HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Giám Sát Sau Giờ Học					
Thể chất: Nhìn Chung: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ngực: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Da: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Phổi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Đầu: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tim/Mạch: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mắt: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bụng: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tai: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cơ quan Sinh dục: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mũi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Xương sống: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Họng/Răng: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chân tay: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cổ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thần kinh: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cục u: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dáng đi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tình Trạng Tâm Thần: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Mô tả các khám phá bất thường: <hr/> <hr/> <hr/>					
ĐÃ CHỨNG NGÙA GIỚI THIỆU ĐI					
<b>LẦN KHÁM KẾ TIẾP: LÚC 16 TUỔI</b>			TÊN NƠI CHĂM SÓC Y TẾ		
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC Y TẾ			ĐỊA CHỈ NƠI CHĂM SÓC Y TẾ		

# Chăm Sóc Sức Khỏe Của Em Lúc 14 Tuổi

## Các Điểm Mốc

### Những cách em phát triển trong khoảng từ 14 đến 16 tuổi.

Em nên khám tai và mắt đều đặn. Mỗi lần đi khám, hãy nói chuyện với bác sĩ về sức khỏe và cơ thể của em. Đây là lúc tìm hiểu cách giữ gìn sức khỏe và phải làm gì nếu em bị cảm lạnh, nhức tai, hoặc bị cúm.

Em nên gặp nha sĩ mỗi sáu tháng. Hãy hỏi nha sĩ về các thay đổi của răng hoặc men răng của em. Răng mẻ phải cho cả bác sĩ và nha sĩ biết.

**Sự tăng trưởng là tùy theo từng người. Hãy hỏi cha mẹ của em xem cha mẹ đã lớn lên thế nào. Nhiều khi em tăng trưởng ở cùng lứa tuổi mà cha mẹ em đã tăng trưởng, chứ không cùng lúc như các bạn em đã lớn lên.**

## Muốn Được Giúp hoặc Biết Thêm Tin Tức

**Muốn Có Tin Tức về Đề Phòng Tự Tử hãy liên lạc với:** National Crisis Helpline 1-800-999-9999 hoặc Boys Town National Crisis Line 1-800-448-3000.

**Tin Tức về Sinh Lý cho Tuổi Niên Thiếu:**  
[www.teenwire.com](http://www.teenwire.com).

**Muốn biết thêm chi tiết về thiếu niên đồng tình luyến ái hãy liên lạc với:**  
PFLAG (Phụ Huynh, Gia Đình và Những Thân Hữu Đồng Tình Luyến Ái) [www.pflag.com](http://www.pflag.com) hoặc điện thoại số 202-467-8180.

**Muốn có tin tức về các bệnh ăn uống hãy vào:**  
[www.allabouteatingdisorders.com](http://www.allabouteatingdisorders.com).

**Muốn có tin tức về thay đổi sức khỏe của tuổi niêm thiếu có nhu cầu y tế đặc biệt/tàn tật:**  
<http://depts.washington.edu/healthtr/>

## Những Điều Lành Mạnh Mà Em Có Thể Làm

Vận động, ngay cả ngoài các lớp thể dục ở trường, rất quan trọng. Đây phải thành một thói quen như đánh răng vậy.

Ăn uống lành mạnh là điều quan trọng. Em cần một số thức ăn nào đó cho sự tăng trưởng ở tuổi niêm thiếu. Nhịn ăn có thể làm nguy hại đến cơ thể của em một cách trầm trọng.

Nếu em sợ mập, hãy hỏi bác sĩ. Trong những biểu đồ có cho thấy chiều cao và sức nặng chính xác của em. Ở tuổi này nếu nhịn ăn để xuống cân thì nên có bác sĩ hoặc y tá giúp em trong việc này. Vận động, thức ăn bổ dưỡng, và bớt ăn vặt là những cách tốt nhất để xuống cân.

Trẻ niêm thiếu có thể có rất nhiều cảm xúc. Đó là một phần của sự lớn lên. Em có thể học chế ngự sự căng thẳng và tánh nóng này. Em có thể lấy lớp học với một người bạn hoặc cha mẹ để biết cách giải quyết mâu thuẫn.

Ai cũng có lúc cảm thấy buồn chán. Đó là một vấn đề trầm trọng nếu kéo dài quá hai tuần. Nếu em, hoặc một người nào mà em biết có nhiều dấu hiệu sau đây, thì hãy đi bác sĩ hoặc tìm gặp cô vấn.

- Những thay đổi nhìn thấy về thói quen ăn uống hoặc ngủ. Họ lên cân hoặc xuống cân. Họ mất ngủ hoặc ngủ liên miên.
- Cá tính thay đổi nhiều, hoặc tính nết không giải thích được, nghiêm khắc bất thường, thô bạo hoặc chống đối.
- Xa lánh gia đình hoặc bạn bè, bỏ nhà đi, luôn luôn chán chường và/hoặc khó tập trung, và/hoặc lơ là trong việc chăm sóc diện mạo một cách khác thường.
- Nghiện ngập xì ke và/hoặc rượu.
- Phẩm chất bài học ở trường bị giảm xuống không giải thích được.
- Chú ý về chết chóc, cho đi các vật quý giá của mình.
- Nói hoặc dọa tự tử hoặc dự tính tự tử, dù là nói chơi, hoặc toan tự sát hoặc giết người.

## Các Chỉ Dẫn về An Toàn

Dùng đồ trang bị an toàn, mũ an toàn, miếng lót, và dây an toàn trong xe. Đây là những điều người lớn làm. Hãy nhắc nhở các bạn của em.